

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

467

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

José de Jésus ALVAREZ

Né à Santiago de los Caballeros (République Dominicaine) le 13 juillet 1903
Médecin Colonial

ICTÈRE CHRONIQUE
PAR PANCRÉATITE CURABLE
COINCIDANT AVEC UNE LITHIASE
RÉNALE DROITE

Président : M. PAUL CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

José de Jésus ALVAREZ

Né à Santiago de los Caballeros (République Dominicaine) le 13 juillet 1903
Médecin Colonial

ICTÈRE CHRONIQUE

PAR PANCRÉATITE CURABLE

COINCIDANT AVEC UNE LITHIASÉ

RÉNALE DROITE

Président : M. PAUL CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e. ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULE. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . . Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER, ^e Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de filiale affection
et de profonde reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, en témoignage de notre res-
pectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LIBERT

Ancien interne lauréat des Hôpitaux
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

*Qui nous a reçus comme élèves
dans le service du Professeur Car-
not. Nous tenons à le remercier
vivement de nous avoir confié le
sujet de cette thèse et prodigué
ses conseils éclairés.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAMON DE LARA

Ex-interne des Hôpitaux de Bruxelles
Recteur de l'Université
Chirurgien de l'Hôpital National
Membre du Conseil National d'Education
de Saint-Domingue

*Qui nous a initiés dans nos
études de médecine, avec l'hom-
mage de notre profonde recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard

*En remerciement des figures qu'il
nous a permis de reproduire.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)
M. le Professeur DELBET
M. le Professeur J.-L. FAURE
M. le Professeur COUVELAIRE
M. le Professeur JEANSELME
M. le Professeur TESSIER
M. le Professeur GUILLAIN
M. le Professeur CLAUDE
M. le Professeur LEGUEU
M. le Professeur NOBÉCOURT
M. le Professeur SÉBILEAU
M. le Professeur DE LA PERSONNE
M. le Professeur TANON
M. le Professeur BRUMPT
M. le Professeur Agrégé HEITZ-BOYER

*A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE SAINT-DOMINGUE*

M. le Docteur BAEZ (*In memoriam*)

M. le Docteur DE MARCHENA

M. le Docteur GAUTHIER

M. le Docteur DEL POZO

M. le Docteur DEFILLO

M. le Docteur COISCOU

ICTÈRE CHRONIQUE

PAR PANCRÉATITE CURABLE

COINCIDANT AVEC UNE LITHIASÉ

RÉNALE DROITE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment à l'Hôtel-Dieu un malade dont nous avons suivi l'observation clinique en collaboration avec le Dr Libert. L'histoire de cet homme nous a paru intéressante à de multiples points de vue, et notamment à cause de la difficulté toute spéciale chez lui du diagnostic étiologique de l'ictère chronique qu'il présentait, à cause aussi de la coïncidence avec une rétention biliaire absolue, d'une lithiasé rénale droite, à cause enfin de l'évolution absolument favorable après cholécystentérostomie, évolution qui permet de discuter la question encore si mal connue des pancréatites curables. Ce sont ces trois points : Diagnostic étiologique de l'ictère chronique, rapport des lithiasés rénale et biliaire, nature exacte des pancréatites curables par des simples opérations de drainage vésiculaire que nous voudrions discuter dans le présent travail après avoir rapporté l'observation qui lui sert de base.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION PERSONNELLE RECUEILLIE DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR CARNOT ET DUE AU D^r LIBERT

M. B..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de comptable, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles le 13 janvier 1928; sa santé était altérée depuis l'année 1925; à ce moment, il avait été pris assez brusquement d'une douleur en ceinture extrêmement violente, occupant la base du thorax et la partie supérieure de l'abdomen et présentant des irradiations particulièrement violentes vers la région mammaire gauche; l'intensité des douleurs était telle qu'il ne pouvait marcher pendant plus de 200 mètres sans être obligé de s'arrêter. Il consulta alors un médecin qui diagnostiqua une appendicite et conseilla l'intervention. Celle-ci fut pratiquée le 3 juillet 1925, mais elle n'améliora en rien l'état du malade, qui depuis cette époque a eu six ou sept fois par mois des crises douloureuses moins violentes mais entièrement semblables par leurs caractères à celles que nous avons décrites. Ces crises n'ont jamais été suivies d'ictère ni d'aucun signe de rétention biliaire, elles n'étaient pas accompagnées de fièvre. De temps en temps une crise survenait plus violente que les autres et le malade a gardé le souvenir

d'une crise particulièrement intense aux environs du mois d'août 1927. Deux mois après cette dernière, en octobre 1927, est survenue la crise à la suite de laquelle sont apparus les accidents qui ont nécessité trois mois plus tard son entrée à l'hôpital :

Il s'était ce jour là livré à ses occupations ordinaires et comme il rentrait chez lui à pied le soir, il éprouva tout à coup une douleur en ceinture extrêmement violente suffisamment vive pour le contraindre rapidement à s'arrêter, cette douleur siégeait à la partie inférieure du thorax, à la partie supérieure de l'abdomen, elle était particulièrement violente au point épigastrique et présentait une irradiation très douloureuse, vers la région mammaire gauche. Le malade compare les sensations qu'il avait alors à celles qu'il aurait éprouvées si on lui avait « arraché tous les organes de la cage thoracique et de l'abdomen » ; à d'autres moments il avait plutôt une sensation constrictive dans la région de l'hypocondre droit et celle-ci s'accompagnait de nausées. Aussitôt arrivé à son domicile il dût se coucher et fit demander un médecin ; celui-ci institua un traitement symptomatique, puis au bout de 48 heures ne constatant pas d'amélioration, il fit admettre son malade à l'hôpital Tenon. Presque aussitôt apparut *l'ictère* qui ne devait plus disparaître et qui constitue avec les douleurs, le symptôme essentiel de la maladie pour laquelle nous devons avoir l'occasion de l'examiner. L'ictère augmenta progressivement d'intensité, envahit les téguments et les muqueuses, et s'accompagna rapidement de décoloration des matières et d'une coloration extrêmement foncée des urines que le malade compare spontanément à la teinture d'iode. Le séjour

que fit notre malade à l'hôpital Tenon fut extrêmement bref et après une semaine environ il rentra chez lui, il constata alors que sa jaunisse présentait des variations d'intensité et que sa peau, qui parfois était jaune verdâtre extrêmement foncé était d'autres jours sensiblement plus normale dans sa coloration, sans que toutefois l'ictère ait jamais entièrement disparu ; de même la coloration des selles était variable, entièrement comparable à celle du mastic à certaines périodes, jaune plus ou moins foncé au contraire à d'autres moments. Ajoutons pour compléter l'histoire de cette maladie que le malade se plaignait d'un prurit cutané intolérable, lequel apparut presque en même temps que l'ictère qui n'avait jamais cédé depuis et d'une constipation opiniâtre. C'est dans cet état qu'il se trouvait lorsque son médecin ordinaire redoutant une tumeur maligne du pancréas pria le Docteur Libert de l'examiner en consultation.

Se fondant sur les variations de la coloration des selles et des téguments, sur l'existence des crises douloureuses intenses et antérieurement même à l'apparition de l'ictère, sur les caractères de ces crises, qui par leur siège, semblaient plutôt d'origine vésiculaire que d'origine cœliaque (comme on le voit dans le cancer du corps du pancréas), le Docteur Libert pensa qu'il s'agissait vraisemblablement d'un calcul enclavé dans le cholédoque et, considérant par ailleurs que la laparatomie exploratrice était de toute manière indiquée, qu'elle permettrait dans le cas même d'une tumeur pancréatique, une opération palliative de dérivation biliaire, il conseilla au malade d'entrer à la clinique de l'hôtel Dieu pour y subir l'intervention chirurgicale.

C'est dans ces conditions que nous eûmes l'occasion de

l'examiner. On constatait alors un ictère pigmentaire et muqueux généralisé, très intense, avec décoloration des matières et cholurie très accentuée ; l'examen physique montrait une augmentation de volume du foie mais il était au contraire impossible de sentir nettement la vésicule biliaire ; cette absence d'hypertrophie du cholécyste semblait confirmer le diagnostic de calcul du cholédoque ; l'amaigrissement était considérable, mais cependant l'état général était assez bien conservé, il ne pouvait être question d'une cachexie véritable. On décida alors de pratiquer un tubage duodénal dans le but de préciser s'il existait un déficit de la sécrétion externe du pancréas et de s'assurer aussi de l'absence d'hémorragies occultes dans le duodénum ; mais malgré des tentatives réitérées l'olive de la sonde d'Einhorn ne put franchir le pylore et l'on ne parvint pas à extraire du liquide duodénal. L'examen des selles ne montrait pas de stéarrhée évidente, mais l'on ne pratiqua pas à cet égard d'examen coprologique précis ; de même on n'eut pas recours à la cholécystographie après ingestion ou injection par voie veineuse de phénolphtaléine-tétraïodée : un cliché radiographique, impressionné après évacuation intestinale, avait en effet montré, dans le flanc droit une image arrondie qui pouvait être interprétée avec une très grande vraisemblance comme révélatrice de la présence d'un calcul dans les voies biliaires. Ce signe joint à ceux que l'on avait tirés de l'examen clinique parut suffisant pour permettre de poser définitivement le diagnostic de lithias cholédocienne, et pratiquer sans plus attendre l'intervention chirurgicale.

Celle-ci fut faite le 25 janvier par le Dr Bergeret : Après incision de Kehr il découvrit la vésicule et les voies

biliaires, et l'exploration manuelle lui permit de se rendre compte qu'elles ne renfermaient aucun calcul. En revanche la tête du pancréas était considérablement hypertrophiée et augmentée aussi de consistance, mais toutefois, nous dit le Dr Bergeret dès l'intervention, moins dure qu'on ne la trouve d'ordinaire dans le néoplasme. On pratiqua une cholécystoduodénostomie, puis on referma la paroi sans drainer.

Les suites opératoires immédiates furent des plus simples, le prurit cutané disparut presque immédiatement, l'ictère s'améliora progressivement et disparut à son tour, les selles se recolorèrent, l'appétit revint, et le malade quitta l'hôpital après un mois environ. Nous crûmes alors devoir cependant prévenir sa famille que les constatations faites au moment de l'intervention n'avaient pas justifié le diagnostic de lithiasse biliaire, et qu'il y avait beaucoup à craindre que l'affection pancréatique que l'on avait constatée ne fut de mauvaise nature et n'entraînât au bout d'un temps plus ou moins long une reprise des accidents qui cette fois entraîneraient une évolution fatale.

Or les événements devaient donner grandement tort à notre pessimisme ; le malade en effet depuis cette époque a été revu par nous à de multiples reprises. En février 1929 il avait gagné 12 kilos, se portait parfaitement bien, n'éprouvait aucun malaise, ne présentait non plus aucun signe objectif anormal, se louait hautement de l'état de ses fonctions digestives et avait repris toute son activité. Depuis cette époque nous avons encore eu l'occasion de le voir à plusieurs reprises, et son état s'est maintenu entièrement satisfaisant. Nous fîmes en février 1929 procéder à des

examens radioscopiques et radiographiques destinés à nous renseigner :

1° Sur la disposition morphologique du duodénum et sur le développement de la tête du pancréas ;

2° Sur la nature exacte de l'ombre anormale que nous avions constatée sur les clichés pris avant l'intervention, et qui nous avaient inclinés à admettre définitivement le diagnostic de lithiasé du cholédoque. Or, ces examens établirent l'existence d'une déformation duodénale assez importante compatible toutefois avec un transit normal sans stagnation de la substance opaque, mais tous les clichés pris à ce moment révélèrent en outre l'existence d'une ombre circulaire siégeant sur tous exactement au même point, et qui en imposait vraiment pour une image calculeuse. L'hypothèse d'une lithiasé rénale qui, tout d'abord en raison de l'ictère n'avait pas retenu notre attention, nous parut alors devoir être cependant discutée, et nous priâmes le Dr Dioclès de vouloir bien prendre une téléstéréoradiographie ; celle-ci, prise après ingestion de baryte et réplésion du duodénum par la substance opaque montre très clairement, et nous regrettons que les procédés de reproduction actuellement en usage ne nous permettent pas d'en donner ici une idée exacte, que l'ombre calculeuse est située bien en arrière du duodénum, et ne peut par conséquent appartenir aux voies biliaires, mais bien au rein.

En résumé un ictère chronique datant de trois mois, et que ses caractères cliniques avaient fait imputer à un calcul du cholédoque, était dû en réa-

lité à une compression des voies biliaires par une tête pancréatique hypertrophiée.

Cette hypertrophie pancréatique, que nous sommes habitués à considérer comme étant d'origine cancéreuse, était d'une autre nature.

Les clichés radiographiques ordinaires qui, en nous montrant la présence d'une ombre calculeuse, avaient paru donner à notre diagnostic clinique une confirmation absolue, nous avaient induits en erreur et la téléstéréoradiographie devait nous permettre d'arriver avec certitude à une opinion exacte.

Ce sont ces trois points que nous voudrions, à propos de l'observation de notre malade discuter actuellement dans la suite de notre travail.

PLANCHE I



Cliché radiographique dû à l'obligeance du D^r Dioclès,
chef du Laboratoire de radiologie de l'Hôtel-Dieu.

L'estomac et le duodénum sont remplis par la substance opaque. On voit à droite du duodénum l'ombre calculeuse.

(La stéréoradiographie qu'il nous est malheureusement impossible de reproduire ici, montre le siège nettement postérieur de ce calcul par rapport au duodénum).

CHAPITRE II

DONNÉES ACTUELLES SUR LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DE L'ICTÈRE CHRONIQUE

Nous venons de voir que les conclusions auxquelles avaient abouti les examens cliniques faits par nous et par le Dr Libert sur l'origine de l'ictère que présentait le malade, étaient erronées. Ces conclusions avaient pourtant été établies après mûre réflexion, et nous voudrions examiner actuellement les considérations sur lesquelles nous nous étions fondés, et sur lesquelles doit se fonder l'examen complet d'un malade atteint d'ictère pour avoir toutes les chances de conduire au diagnostic causal exact.

De tout temps on a considéré que cette question du diagnostic des ictères chroniques était une des plus ardues que puissent avoir à résoudre les médecins ; les traités classiques fournissent cependant pour distinguer entre elles deux des causes les plus fréquentes de l'ictère chronique, à savoir : la lithiase cholédocienne et le cancer de la tête du pancréas, une série de signes qui sont devenus classiques.

Dans le cancer du pancréas l'ictère est, dit-on, progressif, il n'existe pas de crises douloureuses intenses, la cachexie s'installe rapidement, il peut exister des signes d'insuffisance de la sécrétion externe du pancréas, notamment de la stéarrhée avec hypostéatolyse, enfin il n'est pas absolument exceptionnel de rencontrer de la glycosurie ; par ailleurs l'examen objectif fournit souvent un signe de valeur en permettant de constater l'hypertrophie de la vésicule biliaire. laquelle, suivant la loi de Courvoisier et Terrier, fait défaut dans la lithiase biliaire. Or, chez notre malade si certains de ces signes ont été incomplètement recherchés, si notamment les examens coprologiques n'ont pas eu toute la précision désirable, il n'en est pas moins vrai que les variations de l'ictère, la présence des crises douloureuses, l'absence de glycosurie, l'amaigrissement somme toute modéré et l'absence d'hypertrophie du cholécyste, semblaient constituer un faisceau concordant pour nous amener au diagnostic de lithiase biliaire.

Nous venons de montrer combien le diagnostic clinique entre la lithiase cholédocienne et le cancer du pancréas peut présenter de difficultés ; mais la difficulté du diagnostic des ictères chroniques est encore singulièrement accrue du fait que ces deux affections sont loin d'être les seules auxquelles on puisse avoir affaire.

Sans discuter ici la question des pancréatites chroniques ictérigènes et des tumeurs bénignes du pancréas, sur laquelle nous reviendrons longuement

dans le chapitre suivant, il nous faut mentionner : le cancer des voies biliaires, soit qu'il s'agisse d'un cancer vésiculaire avec compression de la voie biliaire principale, soit qu'il s'agisse comme dans le cas de Carnot, Libert et Hanotte d'un cancer choledocien.

Certains néoplasmes hépatiques peuvent aussi, surtout dans la forme secondaire, entraîner une compression des voies biliaires avec ictère chronique.

Les ampullomes, cancers de l'ampoule de Vater, dans leurs 3 variétés intestinale, cholédocienne et wirsungienne entraînent également une rétention biliaire et ont pour symptôme cardinal un ictère chronique.

La connaissance de ces ampullomes est importante non seulement au point de vue théorique, mais parce qu'ils se présentent parfois sous forme de tumeurs de petit volume, pédiculées, aisément extirpables chirurgicalement et qui, souvent n'ont pas de grande tendance à proliférer.

Mais, si l'importance pratique qu'il y a à les reconnaître est considérable, la difficulté du diagnostic est hélas tout aussi grande, car dans ces ampullomes comme dans les néoplasmes des voies biliaires on observe — et Hanot y insistait déjà, — des variations dans l'intensité de l'ictère.

Des affections dont la nature néoplasique peuvent aussi devenir une cause d'ictère chronique : nous citerons l'adénopathie, le plus souvent tubercu-

leuse, des ganglions du hile du foie, certains ulcères du duodénum, certaines périviscérites et certaines péritonites tuberculeuses localisées à la région sous-hépatique.

Enfin il est classique de rappeler que le diagnostic peut hésiter entre un ictère chronique par rétention dû à une compression ou une obstruction des voies biliaires et un ictère catarrhal prolongé. Si le diagnostic avec la cirrhose biliaire de Hanot qui s'accompagne de splénomégalie et dont l'ictère est typiquement un ictère pléiochromique ne se pose guère, en revanche, M. Brulé insistait récemment encore sur l'existence « d'une variété d'hépatite ictérigène qui peut simuler l'ictère chronique dû à une lithiase du cholédoque ».

On comprend que, devant ces très nombreuses causes d'ictère chronique, le diagnostic clinique le mieux conduit puisse hésiter.

Heureusement, d'autres symptômes, empruntés à des techniques spéciales, peuvent venir apporter leur appoint et aider dans bien des cas à mettre en évidence la cause exacte des accidents.

C'est ainsi qu'une source de renseignements vraiment capitale est fournie par les examens radiologiques ; et nous voudrions discuter ici la valeur de ces renseignements, et rechercher les raisons pour lesquelles les clichés pris dans les conditions ordinaires ont au contraire contribué, dans le cas rapporté par nous au début de ce travail, à nous induire en erreur.

Il est classique de dire que les calculs constitués par des sels minéraux sont d'ordinaire aisément visibles sur des épreuves radiographiques, alors que dans la lithiase aseptique, tout au moins, les calculs des voies biliaires constitués par de la cholestérine pure ou presque pure sont peu opaques aux rayons et peuvent échapper à l'examen radiographique. On dit aussi que les calculs biliaires sont parfois constitués en leur centre par de la cholestérine, alors qu'à leur périphérie ils sont incrustés de sels calcaires et qu'ainsi ils se montrent sur les clichés, non pas sous forme de taches homogènes et uniformément denses, mais bien sous forme d'anneaux dont le centre paraît clair. Ce sont là des signes qui, certes, peuvent posséder une certaine valeur, mais qui sont impuissants, lorsque les clichés révèlent une tache paraissant siéger dans la région vésiculaire, et se présentant avec une densité homogène, à établir le siège vésiculaire ou rénal de cette tache.

En revanche : on a songé depuis longtemps à localiser dans le sens antéro-postérieur la tache suspecte et à établir ainsi suivant sa distance de la paroi abdominale antérieure une présomption en faveur de son siège cholécystique ou pyélique. C'est dans ce but que le professeur Pierre Duval, J. Gate-
lier et Henri Beclère ont pris, non seulement des clichés de face, mais aussi des clichés de profil qui, dans les cas favorables, permettent de mieux topographier les calculs ainsi que permettent de s'en

rendre compte les figures suivantes que nous empruntons à ces auteurs :

Voici d'ailleurs les conclusions de Duval, Gatelier et Béclère : « La radiographie de profil est, dans certains cas de diagnostic clinique hésitant, un mode d'examen indispensable pour le diagnostic différentiel des ombres calculeuses de l'hypocondre droit.

« On peut dire que dans les cas normaux où rein et vésicule sont à leurs places habituelles, où la distension extrême de ces organes ne fait pas subir à leur contenu, sinon à eux-mêmes, des déplacements considérables, sur les radiographies de profil, les calculs rénaux sont latéro-vertébraux (postérieurs ou antérieurs suivant qu'ils sont dans les calices, le bassin ou l'uretère supérieur) ; les calculs de la vésicule biliaire sont au contraire franchement prévertébraux (sous la paroi abdominale antérieure).

« Toutefois dans les hydronéphroses les calculs rénaux peuvent être prévertébraux et non moins franchement que les calculs vésiculaires, non moins sous la paroi abdominale antérieure que ces derniers.

« Les ganglions juxta-coliques calcifiés sur la radiographie de profil sont aussi prévertébraux, exactement comme les calculs vésiculaires.

« L'étude radiologique ne doit en aucun cas être considérée comme le seul moyen de diagnostic. Elle doit être un des modes cliniques d'examen non moins courant que les autres ; comme tous ceux-ci elle

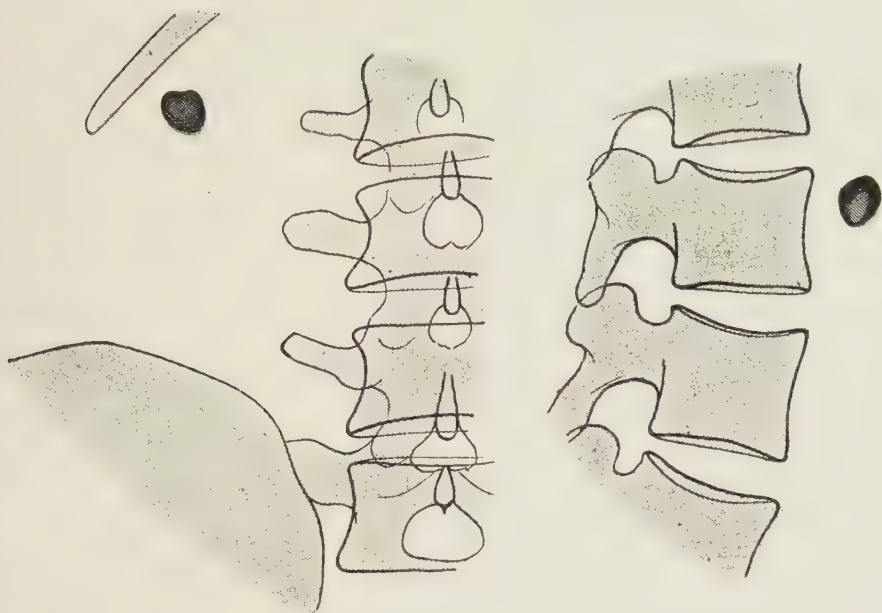


Fig. 6. — Calcul biliaire de face, calcul latéro-vertébral sous-costal XII.

Fig. 6 bis. — De profil, cas VI, calcul prévertébral.

(P. Duval, J. Gatellier, H. Béclière.)

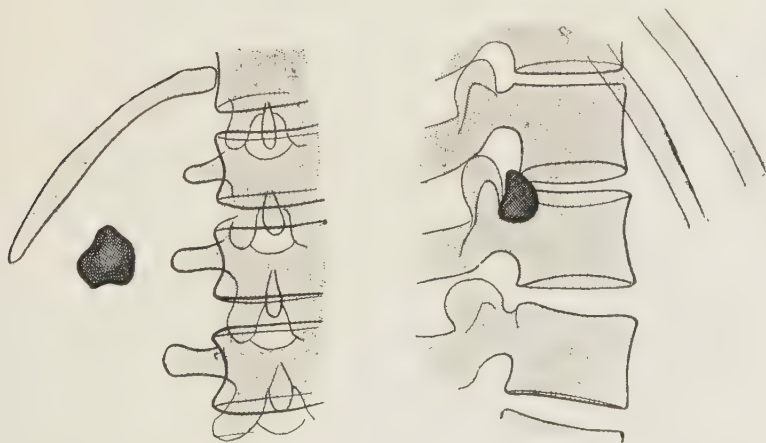


Fig. 10. — Calcul rénal, radio de face, calcul latéro-vertébral (2^e transverse) et sous-costal.

Fig. 10 bis. — Radio de profil, cas X, le calcul se projette sur l'ombre du rachis, sur les pédicules vertébraux, calcul du calice moyen enlevé par pyélotomie élargie.

(P. Duval, J. Gatellier, H. Béclière.)

apporte sa pierre à l'édifice complexe qu'est aujourd'hui un diagnostic clinique : suivant les cas son importance sera plus ou moins grande, rarement nulle, parfois décisive. C'est pourquoi il convient que tous les cliniciens en connaissent les multiples ressources, mais aussi les multiples surprises ».

La cholécystographie suivant la méthode de Graham et Cole aurait pu peut-être rendre quelque service. Mais nous avons renoncé à y recourir chez notre malade pour de multiples raisons : tout d'abord nous présumions que, si la vésicule était lésée, elle s'injecterait fort mal et les résultats ne seraient par conséquent pas plus nets que ceux que nous avait fourni la simple radiographie de face ; en outre nous craignons toujours la possibilité d'un accident chez un sujet qui, atteint de rétention biliaire, élimine anormalement la phénolphtaléine tétraiodée.

Au contraire la téléstéréoradiographie n'est ni plus dangereuse ni plus pénible pour le malade que la radiographie ordinaire ; elle permet de se rendre compte immédiatement de la situation pré ou rétro-duodénale de l'image suspecte ; les résultats en sont particulièrement nets lorsque l'on prend deux téléstéréoradiographies, l'une de face, l'autre en vue dorsale, qui contrôlent mutuellement leur résultat. Cette méthode a donné à plusieurs reprises dans des cas particulièrement difficiles des résultats absolument probants ; elle devrait toujours être employée dans le diagnostic des ombres calcu-

leuses du flanc droit, et si nous n'y avons pas eu recours avant l'intervention chirurgicale chez notre malade, c'est que la coexistence d'un ictère chronique avec les crises douloureuse paraissait de nature à éliminer l'hypothèse d'une lithiase rénale. Les événements ont montré que même en pareil cas on ne saurait être trop prudent et qu'on doit toujours compléter autant qu'il se peut les investigations. La question est d'ailleurs d'autant plus complexe que les deux lithiases, biliaire et rénale, peuvent coexister et que le Professeur Chauffard et Debray dans un article récent ont pu insister sur la fréquence relative et l'importance de cette « bilithiase ».

Après avoir fait remarquer que, depuis longtemps les médecins ont observé des cas dans lesquels chez le même malade se succèdent des crises de colique néphrétique et de colique hépatique, Chauffard et Debray rappellent que déjà Morgagni, plus tard Fauconneau, Dufresne, Willemin, Sénac ont signalé des faits de ce genre et que Sénac notamment, sur 166 cholélithiasiques, note 98 fois l'existence de la gravelle urique. Bouchard, dans ses « maladies par ralentissement de la nutrition » (1882) donne de même, sur 31 cas de lithiase biliaire, 34 % de gravelle antécédente, proportion qui paraît à Chauffard et Debray plus élevée que ce que l'on constate généralement.

Ces auteurs s'efforcent ensuite de préciser les conditions humorales dans l'une et l'autre lithiase,

et les rapports qu'elles offrent entre elles ; ils arrivent ainsi aux conclusions suivantes :

« Les états hyperuricémiques, gravelle et goutte, s'accompagnent le plus souvent d'un excès de cholestérine dans le sang, et ils jouent le rôle de causes prédisposantes pour la lithiase biliaire.

La lithiase biliaire primitive ne s'accompagne pas d'hyperuricémie et ne prédispose ni à la gravelle ni à la goutte.

Quand les deux lithiases coexistent chez le même sujet, c'est la lithiase rénale qui, dans la grande majorité des cas, fait la première son apparition.

Nous avons tenu à reproduire ici ces considérations sur la fréquence de l'association des 2 lithiases rénale et biliaire ; elles ne s'appliquent pas absolument à notre malade, puisque rien ne saurait autoriser malgré la possibilité d'une lithiase biliaire antécédente, expliquant la pancréatite, ou d'une lithiase des voies biliaires intrahépatiques, à parler chez lui avec quelque certitude de bilithiase. Mais les discussions auxquelles prêtent notre observation, les difficultés de diagnostic entre un calcul rénal accompagné d'ictère dû à une cause indépendante et un calcul enclavé des voies biliaires, amènent tout naturellement à envisager cette question de la bilithiase, sur laquelle il nous a paru intéressant de préciser l'état actuel de nos connaissances.

Un troisième ordre de renseignements très importants dans le diagnostic de l'ictère chronique est fourni par les examens biologiques. Il va de soi que

dans la lithiase cholédocienne, la rétention biliaire doit se présenter isolément, alors que dans le cancer de la tête du pancréas la rétention biliaire et la rétention pancréatique doivent se trouver associées. Le diagnostic doit donc être fondé en partie sur l'existence ou l'absence de cette dernière ; mais jusqu'à ces dernières années on n'avait pour la mettre en évidence, que des procédés infidèles et d'une technique malaisée. L'épreuve de Cammidge est depuis longtemps universellement abandonnée ; la recherche dans les selles de substances introduites sous forme de capsules kératinisées ou munies d'une double enveloppe de cire et de gélatine, dissoute seulement sous l'influence du suc pancréatique, est plus ingénieuse que pratique, et l'on ne gardait dans ces dernières années que quelques procédés parmi lesquels nous citerons l'épreuve d'Ambard et Binet ou dosage de l'amylase fécale, le nucléus test de Schmitt, et la recherche de la stéarrhée avec hypostéatolyse ; au contraire, l'augmentation du taux des ferments pancréatiques dans le sang est d'une démonstration difficile et rarement recherchée.

Le tubage duodénal d'Einhorn devait permettre de préciser bien davantage l'état de la sécrétion externe du pancréas. Différents auteurs ont insisté sur sa valeur pour le diagnostic des affections pancréatico-biliaires ; mais il nous faut citer surtout les travaux de Carnot, Carnot et Libert, Carnot et Caehlinger.

Dès 1921 Carnot et Libert rapportaient à la Société Médicale des hôpitaux un cas de néoplasme des voies biliaires diagnostiqué avant l'intervention chirurgicale par ce procédé. Immédiatement après, Rathery et Cambessédès insistaient à leur tour sur la valeur du tubage duodénal dans le diagnostic de l'ictère chronique ; puis Carnot et Gaehlinger établissaient avec précision les renseignements que peut fournir cette méthode. Plus tard Carnot et Libert dans un article sur le diagnostic des affections pancréatiques établissaient que si le tubage duodénal est de peu de secours dans les affections proprement glandulaires, il est au contraire capable de fournir des données capitales dans les affections canaliculaires ; plus récemment encore les mêmes auteurs revenaient, à propos d'une observation personnelle dans laquelle le diagnostic exact avait pu être posé avant l'intervention chirurgicale, sur la valeur de la dissociation cholélipasique dans le diagnostic des ictères chroniques. Le tubage duodénal d'ailleurs, ne permet pas seulement d'établir l'existence et de mesurer le degré de la rétention biliaire et de la rétention pancréatique ; il offre encore un moyen de rechercher dans le liquide duodéno-bilio-pancréatique extrait par la sonde la présence du sang macroscopiquement reconnaissable, ou les réactions chimiques de l'hématine ; il peut même permettre un examen cytologique, véritable biopsie de ces liquides.

Nous rappellerons ici sommairement les points de

technique nécessaires : Pour doser les ferments pancréatiques, le médecin dispose de plusieurs procédés. — Mais les 3 ferments pancréatiques, lipase, trypsine et amylase n'offrent pas au point de vue qui nous occupe un égal intérêt. L'amylase en effet paraît être un ferment assez banal : la salive, le suc intestinal, le sang en renferment de notables proportions, et, en pratique, on peut mettre en évidence une amylase active dans le suc extrait par tubage duodénal même dans les cas où il existe à peu près certainement un obstacle très important à l'écoulement dans le duodenum du suc pancréatique, et où les autres ferments, lipase et trypsine font défaut. La trypsine au contraire paraît être un ferment plus spécifiquement pancréatique ; mais son dosage vraiment précis, par les méthodes chimiques est fondé sur le dosage des acides aminés par la technique de Séhrensén ; c'est un procédé complexe utilisable seulement par un laboratoire bien outillé ; les méthodes basées sur la dilution progressive du suc duodénal, et sur la digestion de la gélatine, de l'ovalbumine, du sérum de cheval, et même les plaques à la Caséine étudiées par Libert en analogie avec la méthode de Carnot et Mauban, donnent des résultats un peu inconstants.

Le principal ferment pancréatique, celui dont l'étude importe le plus pour le diagnostic des obstructions wirsungienne, est, semble-t-il, la lipase.

Pour doser ce ferment, on peut considérer l'un ou l'autre des produits de dédoublement dont il entraîne

la formation en agissant sur les graisses neutres. — Si l'on considère les acides gras, on peut comme le fait Einhorn mesurer, selon la méthode des tubes de Mett pour le pouvoir peptique du suc gastrique, la longueur qui a été acidifiée dans des tubes calibrés, renfermant des corps gras incorporés à de la gélose colorée avec un indicateur convenable, capable de virer sous l'influence des acides gras ; on peut aussi, comme dans la méthode de Bondi, utilisée par M. Chiray et ses collaborateurs, doser les acides gras formés après action d'une quantité mesurée de suc duodénal, pendant un temps donné, sur de l'huile d'olive ou sur un autre corps gras.

Carnot et Mauban ont proposé une méthode clinique très élégante, qui consiste à faire agir sur des plaques de gélose-graisse des dilutions progressives du suc à observer. Cette méthode ne considère plus comme les précédentes, les acides gras mais bien les savons. Partout en effet où a été déposée une goutte de suc renfermant une lipase active, se formera un savon. Lorsque l'épreuve est terminée, MM. Carnot et Mauban, utilisant la propriété qu'ont les sels de cuivre de colorer électivement les savons, à l'exclusion des graisses neutres et des acides gras, « révèlent » la plaque avec une solution étendue de sulfate ou d'acétate de cuivre. Partout où la lipase a agi, se forme un savon de cuivre, bleu, tranchant sur le fond blanchâtre de la plaque.

La mesure du pouvoir lipasique du suc en expé-

rience est alors donnée par le numéro de la dernière dilution active.

La présence de sang nettement reconnaissable ou d'hématine occulte n'offre rien qui soit propre au liquide duodénal : les réactions de Meyer, de Weber, de Boas, et les autres réactions de l'hématine trouvent ici leur emploi comme dans l'examen du suc gastrique des fèces ou des urines.

Quant à l'examen cytologique, il peut, dans certains cas, être très précieux et trancher le diagnostic : mais ce sont des faits bien rares : la cytologie d'un liquide digestif, obtenu parfois après des irritations chimiques de la muqueuse, est pleine d'embûches : et la difficulté d'interprétation, jointe à la fréquence des cas dans l'examen du liquide duodénal ne permet de rencontrer aucun élément cellulaire, ou seulement des leucocytes et des cellules épithéliales de la muqueuse buccale desquamées, empêche de faire grand fond sur cette étude.

Au contraire l'examen chimique, le dosage des éléments de la bile et des ferments pancréatiques peuvent donner des renseignements décisifs. La recherche de la lipase dans le liquide extrait par sondage d'Einhorn peut renseigner sur la perméabilité des voies pancréatiques alors même que les autres procédés d'exploration restent muets : c'est ce que prouve une observation de Carnot et Libert sur un cancer du pancréas à forme diarrhéique, dans lequel la lipase faisait absolument défaut, alors que l'exa-

men coprologique ne révélait pas la stéarrhée avec hypo-stéatolyse classique.

En résumé d'après Carnot et Gaehlinger, Carnot et Libert, les renseignements que peut fournir le tubage duodénal au cours des ictères chroniques, nous pouvons dire qu'il donne, schématiquement, les résultats suivants :

	Bile	Lipase	Sang
Calcul du cholédoque.....	—	+	—
Cancer de la tête du pancréas..	—	—	—
Cancer des voies biliaires	—	+	+
Cancer vatérien.....	—	—	+

Mais ce tubage duodénal qui d'ailleurs n'est nullement une opération dangereuse ni même réellement pénible, et qui peut être entrepris même chez des malades très affaiblis ne peut pas toujours être réussi ; et si avec un peu d'expérience et de patience on arrive toujours à triompher de l'obstacle pharyngien et à faire déglutir l'olive, en revanche il arrive que celle-ci séjourne indéfiniment dans l'estomac, et ne puisse même après plusieurs heures franchir le pylore ; parfois une seconde tentative faite à quelques jours d'intervalle lorsque le malade appréhende moins l'épreuve, surtout après administration pendant quelques jours d'anti-spasmodiques comme la belladone ou les bromures, est couronnée de succès. Mais il arrive, aussi, comme chez notre malade, que des tentatives multiples soient toutes également infructueuses et que cette source de ren-

seignements paraisse définitivement inutilisable. Nous pensons qu'en pareil cas l'importance qu'il y a à examiner directement les sécrétions déversées dans le duodénum est telle que l'on doit, plutôt que d'y renoncer, recourir au repas huileux de Boldyreff qui selon les principes physiologiques établis par Volhardt provoque un reflux dans l'estomac du contenu duodénal et permet d'extraire par la sonde gastrique un liquide à peu près exempt de suc gastrique et riche au contraire en bile et en sécrétion pancréatique. C'est à ce procédé qu'avaient recouru Carnot et Libert chez la malade atteinte de néoplasme biliaire dont ils ont rapporté en 1921 l'observation à la Société Médicale des Hôpitaux.

Une difficulté peut aussi résulter de ce que les rétentions biliaires absolues, le liquide duodénal au lieu de présenter la coloration jaune qu'il offre ordinairement peut être absolument incolore. Il faut se garder de conclure de ces constatations à l'origine salivaire ou gastrique des liquides recueillis, mais au contraire après avoir démontré la réaction alcaline de ceux-ci, les soumettre à l'analyse et y rechercher la présence de ferments caractéristiques qui bien souvent, malgré l'absence de coloration du liquide recueilli, démontreront son origine duodéno-pancréatique. De même que pour la téléstéréoradiographie, nous pensons que l'examen biologique du liquide duodénal doit toujours être pratiqué au cours des ictères chroniques, et nous regrettons d'avoir renoncé à son étude chez notre malade.

Il faut cependant avouer que les conclusions théoriques peuvent être parfois difficiles à interpréter puisque l'on sait que dans la lithiase biliaire il existe très fréquemment un certain degré de pancréatite associée et que celle-ci peut évidemment apporter une cause de trouble dans les résultats.

CHAPITRE III

DISCUSSION SUR LES PANCRÉATITES ICTÉRIGÈNES CURABLES

Une première erreur commise chez notre malade consistait comme nous l'avons vu à croire à l'existence d'un calcul du cholédoque alors que celui-ci faisait défaut, et que la cause de l'ictère était différente. Nous venons d'examiner les bases du diagnostic et de voir quelles étaient les recherches susceptibles de nous conduire à la vérité, qui auraient pu être employées pour compléter l'observation de notre malade. Une seconde erreur consista lorsque nous constatâmes au cours de l'intervention chirurgicale l'absence de toute formation calculeuse et la présence d'une hypertrophie pancréatique, à croire à la nature cancéreuse de celle-ci malgré l'observation judicieusement faite par le Docteur Bergeret, de la consistance relativement peu augmentée de cette volumineuse tête du pancréas.

Poursuivons la méthode que nous avons suivie jusqu'à présent dans ce travail, et appliquons à cette seconde erreur la même critique qu'à la première : voyons pourquoi nous l'avons commise, et quelles

étaient les données sur lesquelles nous eussions pu nous appuyer pour l'éviter.

Nous avons cru, à tort, à l'existence d'un cancer de la tête du pancréas parce qu'en dehors de certaines pancréatites compliquant des affections hépato-biliaires (affections que nous ne découvrions pas chez notre malade) c'est à peu près la seule affection pancréatique que les traités classiques et la littérature médicale signalent comme capable d'entraîner une compression des voies biliaires.

Si en effet nous parcourons les traités de médecine ou de chirurgie, nous y trouvons mentionnées des pancréatites aiguës et la pancréatite hémorragique dont il ne saurait être question ici, et qui ne comptent guère l'ictère au rang de leurs symptômes. Quant aux pancréatites chroniques, elles surviennent dit-on, soit au cours de l'artério-sclérose, soit dans des affections spécifiques comme la syphilis, ou la tuberculose ; soit au cours des affections hépato-biliaires et plus particulièrement de la lithiase. Nous avons fait plus haut et nous faisons à nouveau quelques réserves sur la possibilité pour notre malade d'avoir eu antérieurement une lithiase des voies biliaires extra-hépatiques, ou une lithiase demeurée cachée des voies biliaires intra-hépatiques ; mais enfin, au cours de l'intervention, de lithiase, nous n'en constatons point, et quant aux autres affections, syphilis, tuberculose, ou artério-sclérose, rien dans l'examen de notre malade ne nous en avait révélé l'existence.

Restait donc le cancer.

Le cancer pancréatique est plus fréquent chez l'homme, aux environs de la quarantaine ou de la cinquantaine, et notre malade réalisait ces conditions.

La consistance moins dure que celle habituellement rencontrée dans le squirrhe pancréatique, ne nous paraissait pas non plus une constatation péremptoire, car les traités insistent au contraire sur la dureté « de fer » des pancréatites chroniques.

Et d'ailleurs, en dehors du cancer, à quoi pouvions-nous penser après avoir éliminé les affections que nous venions de passer en revue ? A deux affections seulement : la « pancréatite chronique ictérigène » ou une « tumeur bénigne du Pancréas ». Or, sur ce sujet, la littérature médicale est fort réduite.

Voici en effet ce que disent, dans un traité récent, Parmentier et Chabrol sur les pancréatites chroniques ictérigènes : après avoir rappelé que la thèse de Daviau en réunit, en 1906, 117 observations, ils constatent que les signes qu'on a voulu assigner à cette affection ne semblent pas permettre un diagnostic clinique, et ils poursuivent : « en dehors de la lithiasé et des affections hépatiques elles semblent exceptionnelles. Avant d'affirmer leur individualité clinique il importe de ne jamais oublier que la plupart des cancers du pancréas sont à prédominance squirrheuse. L'évolution, mieux encore, que l'examen histologique après biopsie permettra en toute hypothèse de faire le diagnostic de ces pancréatites

isolées. On s'accorde d'ailleurs à reconnaître aujourd'hui qu'elles sont beaucoup plus rares que ne l'avaient laissé supposer les premières interventions chirurgicales : Kehr ne les aurait rencontrées que 5 fois sur 520 opérations d'ictère chronique ». Chabrol toutefois en a publié avec Klippel et Souligoux une observation dont ils ont contrôlé la guérison clinique durant plusieurs années. Somme toute, ces pancréatites ictérigènes curables sont fort mal connues dans leur nature et l'on voit dans la citation que nous venons de faire combien est restreinte la place que font à leur description les traités classiques, même les plus récents (1).

Sur les tumeurs bénignes du Pancréas, les diverses publications ne sont pas beaucoup plus explicites et nous n'avons trouvé à signaler qu'une étude de MM. Olmer et Ponso parue dans la *Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate* (juillet-août 1928, p. 295) sur un volumineux adénome du pancréas, lequel d'ailleurs ne s'accompagnait pas d'ictère ; et une étude de Mornard parue dans la même revue (mai-juin 1928, p. 208) et intitulée : « Il existe des tumeurs bénignes de la tête du pancréas qui simulent le cancer et qu'il est facile de guérir par une simple anastomose biliaire. » Au début de cette étude Mornard rappelle, comme nous venons de le faire, le silence à peu près absolu des auteurs sur cette question et dit : « Gosset dans

1. Parmentier et Chabrol, *Nouveau traité de Médecine*, t. XV, p. 154.

les *neuf agrégés* dit seulement : On connaît quelques cas d'adénome, dont un fibro-adénome de la tête enlevé avec succès par Biondi.

Duval, dans la *Pratique médico-chirurgicale* dit : On n'en connaît (des tumeurs bénignes pancréatiques) que de très rares cas découverts pour la plupart à l'autopsie : ce seraient des adénomes. Ces tumeurs présentent quelque danger d'après leur siège habituel dans la tête, et la compression qu'elles exercent sur les organes de la région.

Le *Traité* de Le Dentu et Delbet consacre un court chapitre aux tumeurs bénignes ; Chavannaz et Guyot y signalent les adénomes de Thierfelden et de Biondi, et le fibrome opéré et guéri par Korte ».

Au début de cette même étude, Mornard rappelle qu'il a rapporté en novembre 1927 à la Société des Chirurgiens 2 observations de tumeurs du pancréas étiquetées cancer et qui ont guéri par cholécysto-antérostomie ; à la séance suivante, Thévenard rapportait deux cas semblables.

Dans l'étude que nous avons en vue, Mornard incline à penser qu'il ne s'agissait pas dans ces cas d'adénome proprement dit, mais bien plutôt de tumeurs inflammatoires. C'est en effet le diagnostic que rend probable également dans notre cas l'évolution favorable à la suite de l'intervention chirurgicale.

Quant à préciser davantage la nature de cette tumeur inflammatoire ou de cette pancréatite chronique localisée, la chose apparaît bien difficile. Nous

répétons que notre homme peut avoir eu une lithiasé biliaire qui ait engendré la pancréatite, puis avoir éliminé, sans le constater, son ou ses calculs ; il peut aussi avoir été atteint d'une lithiasé des voies biliaires intra-hépatiques. Mais ce sont là des hypothèses, et la nature véritable de la pancréatite constatée par le D^r Bergeret au cours de l'intervention, et guérie par l'anastomose entérobiliaire qu'il pratiqua, demeure inconnue.

Aussi, sans nous y attarder davantage, nous voudrions retenir de cette discussion deux notions :

La première, c'est que la littérature classique est extrêmement brève aussi bien sur les tumeurs bénignes du pancréas que sur les pancréatites chroniques ictérigènes en dehors des affections hépatobiliaires.

La seconde c'est que en dépit de ce quasi silence des traités classiques, les affections pancréatiques capables d'engendrer un ictère chronique, et curable par un simple drainage de la bile, ne semblent pas absolument exceptionnelles puisque notre cas vient s'ajouter à ceux qu'avaient, dans un laps de temps assez court, observés, Thévenard et Mornard. Cette deuxième notion comporte un corollaire d'une extrême importance pratique, c'est à savoir que, en présence d'un ictère chronique, même si le diagnostic reste hésitant en dépit de l'application de tous les procédés auxquels nous avons fait allusion, le médecin et le chirurgien devront trouver dans la possibilité de ces affections pancréatiques encore

mal déterminées une nouvelle raison de ne pas temporiser indéfiniment, et de recourir à l'intervention chirurgicale avant que la cachexie ne se soit installée. Nous venons de montrer en effet qu'en dépit du caractère incomplet de nos connaissances sur la nature exacte de ces affections pancréatiques il était possible de les guérir par un acte chirurgical relativement bénin, aisément supporté même par des malades profondément affaiblis, et qu'alors même que les constatations faites sur la table d'opération après laparotomie paraissent autoriser le diagnostic de cancer, la simple laparotomie doit être toutes les fois que la chose est possible remplacée par la cholécystentérostomie qui peut réaliser, en dépit des apparences, mieux qu'une opération palliative, et constituer un véritable traitement curatif.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcés de montrer dans le présent travail en nous appuyant sur une observation clinique :

1^o Les difficultés parfois presque insurmontables que peut présenter le diagnostic étiologique des ictères chroniques, notamment, le diagnostic des ictères par calcul du cholédoque avec les ictères consécutifs aux affections pancréatiques.

2^o L'existence d'affections pancréatiques bénignes, plus fréquentes semble t-il que ne l'indiquent les traités classiques, et susceptibles de guérir par une opération de dérivation biliaire.

Il nous semble que le médecin devra toujours lorsqu'il sera appelé à résoudre la question si délicate de la cause d'un ictère chronique :

a) Ne pas se contenter de la recherche des signes cliniques classiques, mais recourir aux examens biologiques et radiographiques sur l'importance desquels ont insisté les travaux modernes.

b) Pour les examens radiographiques, ne pas se contenter d'établir par un cliché pris de face l'existence d'une ombre calculeuse, mais songer toujours

à la difficulté que peut présenter le diagnostic des lithiases biliaires et rénales, voir même à la possibilité d'une « bi-lithiase » (Chauffard) et recourir, soit aux radiographies prises dans la position oblique, soit et mieux encore à la téléstéréoradiographie.

c) Pour les examens biologiques, le médecin devra s'efforcer de soumettre à l'analyse les sécrétions duodéno-pancréatiques extraites par tubage et lorsqu'il ne pourra pratiquer directement un sondage du duodénum, recourir à l'extraction gastrique d'un repas de Boldyreff qui aura provoqué un reflux biliaire vers l'estomac.

d) Lorsqu'après avoir épuisé tous les moyens de diagnostic, le médecin restera hésitant sur la véritable nature d'un ictère chronique, il devra se garder de prolonger indéfiniment la temporisation, mais conseiller l'intervention chirurgicale. Celle-ci pourra être curatrice lorsqu'il s'agit d'un calcul cholédocien ou d'une cause accessible de compression biliaire. Lorsque l'intervention fera constater une hypertrophie de la tête du pancréas dont on peut redouter la nature cancéreuse, le chirurgien devra recourir aussi fréquemment qu'il le pourra à la cholécystentérostomie. Celle-ci ne constituera qu'une intervention palliative utile dans les cas de néoplasme pancréatique; mais des observations analogues à celle que nous avons rapportées dans le présent travail, à celles aussi qu'ont rapportées MM. Thévenard et Mornard, prouvent qu'il pourra parfois obtenir des

résultats beaucoup plus heureux, et guérir définitivement des malades qui présentaient une affection inflammatoire de nature mal déterminée, et prise, heureusement à tort, pour un cancer.

Vu : le Président de la thèse,
P. CARNOT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Carnot (P.)*. — Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites. Thèse de doctorat en Médecine, 1898. Steinheil.
- Maladies des glandes salivaires et du pancréas (Traité de Médecine Gilbert et Thoinot, fasc. XX, 1908. J. B. Baillière et fils).
- Carnot et Libert*. — Bull. Soc. Méd. Hx, 3 juin 1921, p. 836.
- Journal médical français, décembre 1924.
- Cancer du corps du pancréas (Paris Médical, 15 mai 1926, p. 479).
- Arch. Mal. appar. dig. et de la nutr., t. XVI, n° 7, juillet 1926, p. 780.
- Carnot, Libert et Hanotte*. — La dissociation cholélipasique dans les néoplasmes biliaires (Paris Médical, 19 mai 1928).
- Carnot et Gaehlinger*. — Paris Médical, 10 mai 1923.
- Chabrol*. — Les pancréatites dans les altérations du foie. Thèse de doctorat. Paris, 1910. Steinheil.
- Chauffard et Debray*. — Rapports réciproques des lithiases du rein et de la vésicule biliaire (Presse médicale, n° 9, 31 janv. 1925).
- Duval (J.), Gatellier (J.) et Bécère (H.)*. — La radiographie de profil pour la localisation des ombres calculeuses de l'hypocondre droit (rein et vésicule biliaire) (Arch. Mal.

appâr. dig. et de la nutrition, t. XIV, n° 9, nov. 1924, p. 773).

Durand (G.). — Les procédés d'examen des fonctions du pancréas et en particulier les méthodes de mesure de la sécrétion pancréatique. Thèse doctorat en Médecine. Paris, 1910. Steinhell.

Mornard (P.). — Il existe des tumeurs bénignes de la tête du pancréas, qui simulent le cancer, et qu'il est facile de guérir par une simple anastomose biliaire (Rev. médico-chir. des mal. du foie, du pancréas et de la rate, mai-juin 1928, p. 209).

Olmer (D.) et Ponso (R.). — A propos d'un cas de volumineux adénome du pancréas (Rev. médico-chir. des mal. du foie, du pancréas et de la rate, juillet-août 1928, p. 295).

Parmentier et Chabrol. — Nouveau traité de Médecine de Roger Widal et Teissier, t. XV, p. 154.

Rathery et Cambessédès. — Soc. méd. Hx, 10 juin 1921, p. 855.

Souligoux, Klippel et Chabrol. — Soc. Chirurgie, 16 oct. 1907.

